

VU Research Portal

Zelfregie, empowerment en re-integratie. Naar een wederkerige re-integratiepraktijk?

Bosselaar, J.H.

2011

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Bosselaar, J. H. (2011). *Zelfregie, empowerment en re-integratie. Naar een wederkerige re-integratiepraktijk?* Welder Amsterdam.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Zelfregie, empowerment en re-integratie

Naar een wederkerige re-integratiepraktijk?

basisdocument

Dit document is onderdeel van het programma
'Op eigen kracht werkt. Ziek en mondig in de
zorg' van stichting Welder

mr. dr. Hans Bosselaar, meccano

SEPTEMBER 2011

1. Inleiding

In de sociale zekerheid is veel aandacht voor het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Onder het motto 'werk boven inkomen' wordt van uitkeringsgerechtigden verwacht dat zij de verantwoordelijkheid nemen voor het voorkómen van, dan wel voor een zo kort mogelijk verblijf in de uitkeringsregeling. Steeds vaker wordt in het beleid en de uitvoering bij re-integratie dan ook gewezen op het belang van zelfregie, zelfredzaamheid en empowerment (vgl. RWI, 2010). Het zijn begrippen die al langer gehanteerd en uitgewerkt zijn binnen de gezondheidszorg met name in de zorg voor chronisch zieken. Zowel patiënten als professionals beschouwen deze ontwikkeling als waardevol voor het behandelingsproces, omdat het uitgaat van de notie dat de behandeling niet uitsluitend een medische aangelegenheid is, maar dat de inpassing van de ziekte en beperkingen in het dagelijks leven hierbij een wezenlijk onderdeel vormt. Empowerment is erop gericht dat de patiënt, in samenwerking met de behandelaar, de directe omgeving en anderen zelf de regie voert. Critici menen dat op het terrein van re-integratie empowerment en zelfregie weinig verband houden met de benadering in de gezondheidszorg. Het bevorderen van eigen verantwoordelijkheid van uitkeringsgerechtigden is volgens hen in de praktijk veelal synoniem voor het accentueren van de verplichting om zo snel mogelijk betaalde arbeid te aanvaarden (vgl. van Hal, Meershoek, Nijhuis en Horstman, 2010).

De benaderingen van zelfregie en empowerment in de zorg én op het terrein van re-integratie kunnen op gespannen voet komen te staan op het moment dat iemand door ziekte of handicap op zijn werk is uitgevallen of vanuit een arbeidsongeschiktheidssituatie in een traject zit richting betaald werk: terwijl de cliënt vanuit de gezondheidszorg wordt empowered om zelf de keuzes af te wegen voor de (her)inrichting van zijn leven, laat de eigen verantwoordelijkheid in het re-integratieproces hem maar één keuze: zo snel mogelijk terug aan het werk. Met andere woorden: werkenden en werkzoekenden met gezondheidsproblemen kunnen in één situatie met tegengestelde zelfregie- en empowermentpraktijken te maken krijgen.

Dit document heeft tot doel na te gaan of en, zo ja, hoe het in theorie mogelijk is om beide werelden en derhalve beide benaderingen van zelfregie en empowerment bij elkaar te brengen. Dat wil zeggen dat we zoeken naar voorwaarden voor een empowerende re-integratiepraktijk die zowel gericht is het bevorderen van de eigen regie van burgers met gezondheidsproblemen ten aanzien van betaalde arbeid als ten aanzien van de inrichting van het dagelijks leven.

2. Zelfregie en empowerment

2.1 Zelfregie en empowerment in de gezondheidszorg

In het onderzoeksverslag *Sterk naar Werk* (Suylekom, Donders en Van der Gulden, 2010) wordt stil gestaan bij de begrippen empowerment, zelfmanagement en zelfregie. De auteurs baseren zich voornamelijk op studies die op het terrein van de gezondheidszorg zijn verricht en geven zo een inzicht in de heersende opvattingen in de gezondheidszorg over deze begrippen. De auteurs signaleren dat onder empowerment in het algemeen een proces wordt verstaan van emancipatie en persoonlijke ontwikkeling waarin een individu zich, met of zonder hulp van anderen, ontwikkelt tot iemand die zelf de regie voert over het eigen leven en betekenisvolle keuzes maakt (idem, p. 20). Zij baseren zich ondermeer op een overzichtsstudie van Aujolat en co-auteurs. Suylekom e.a. vatten de door Aujolat e.a. gedestilleerde opvatting als volgt samen: "Zij betogen dat empowerment van mensen met een chronische ziekte meer is dan een persoonlijk ontwikkelingsproces waarin men weer grip krijgt op de eigen mogelijkheden en beperkingen.[...] [Het] betekent dat je je oude zelfbeeld moet loslaten en een nieuw moet vormen dat congruent is met de veranderde situatie. Dit vraagt behalve om een proces van 'holding on' gericht op vasthouden en controleren, ook om een 'letting go' gericht op het loslaten van wat niet meer vast te houden is (idem, p. 21)."

Het belang van (de regie over) het aanpassen aan een nieuwe situatie bij het omgaan met een ziekte of handicap wordt ook benadrukt in de definitie van het College voor zorgverkeringen (CVZ 2010) in zijn advies over de bekostiging van het bevorderen van zelfregie.

Het CVZ, dat het begrip zelfmanagement hanteert, definieert dit als “het zoveel mogelijk zelf nemen van de regie en de verantwoordelijkheid over de behandeling [...] (inclusief het omgaan met de lichamelijke en sociale gevolgen van de ziekte en het zonodig aanpassen van de leefstijl) en het daartoe uitvoeren van de nodige handelingen [...]”. Daarmee wijkt het CVZ, af van de definitie van het Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement¹. Deze formuleert zelfmanagement als volgt: “het zodanig omgaan met de chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven (zoals geciteerd in CVZ, 2010, p.5).”

De definitie van het CVZ is meer procedureel dan die van het Landelijk Actieprogramma. Bij het CVZ staat het nemen van de eigen regie en verantwoordelijkheid centraal, terwijl het Landelijk Actieprogramma deze nadrukkelijk koppelt aan het beoogde resultaat: de optimale inpassing van alles rond de aandoening in het leven van de cliënt. Of beter gezegd, bij het CVZ is de eigen regie het doel, bij het Landelijk Actieprogramma is eigen regie het middel ter realisatie van de optimale inpassing.

2.2 . Zelfregie en empowerment bij re-integratie

Van Hal e.a. (2010) deden onderzoek naar de wijze waarop in de re-integratieliteratuur naar de invulling van de eigen verantwoordelijkheid en empowerment wordt gekeken. Zij concluderen dat op dit terrein een specifieke invalshoek voor empowerment wordt gehanteerd. Deze is volledig gericht op het verkrijgen van betaalde arbeid. Een belangrijke bron voor de empowermentbenadering op het terrein van re-integratie is het *Handbook for empowering strategies in social services and vocational rehabilitation* (de Koning, 2008, p.12). In het handboek worden de specifieke aspecten van empowerment bij re-integratie als volgt beschreven “when people possess a certain inner leadership, they are capable of self-reflection and have the capacity to make an informed, independent decision. With this increased autonomy, they are able to make their own choices, and these might lead to better

prospects for the rehabilitation process (de Koning, 2008, p.12)”.

Van Hal e.a.(idem) destilleren uit deze en andere re-integratieliteratuur de volgende aspecten voor het proces van empowerment bij re-integratie:

- 1) Cliënten handelen vanuit individuele autonomie en
- 2) zijn (primair) gericht op het verkrijgen van betaald werk.
- 3) Hierbij zijn zij in staat een hiertoe systematisch plan te maken en
- 4) zonder restricties (‘alles of niets’) uit te voeren,
- 5) gebaseerd op een cognitief, reflectief proces.

De RWI hanteert een soortgelijke samenvatting van het proces van zelfregie in de handleiding gericht op het “sturen op zelfsturing” bij re-integratie (RWI, 2010, p.15).

Het perspectief rond zelfregie en empowerment op het terrein van re-integratie is duidelijk minder ‘breed’ dan in de gezondheidszorg. Waar empowerment in de zorg met name de eigen regie over het leven betreft, is de richting van zelfregie en empowerment op het terrein van re-integratie nadrukkelijk bepaald: betaalde arbeid. Hoe zich het verkrijgen of behouden van betaalde arbeid verhoudt tot de regie over het leven is kennelijk van ondergeschikt belang. Empowerment bij re-integratie lijkt niet de ruimte te laten om vanwege een ziekte of handicap bijvoorbeeld tijdelijk of gedeeltelijk, af te zien van (het zoeken naar) betaald werk of om te kiezen voor een traject richting vrijwilligerswerk als een traject richting betaald werk eveneens kansrijk is.

En zo kan in de praktijk de zelfregie en empowerment in de gezondheidszorg op gespannen voet komen te staan met die op het terrein van re-integratie. Dit kan met name het geval zijn als werkenden of werkzoekenden door een ziekte of handicap belemmeringen ondervinden bij het uitoefenen van betaalde arbeid².

Op deze spanning en de mogelijkheid deze te overbruggen gaan we in het vervolg van dit artikel nader in. We gaan daarbij uit van de cliënt die werkzaam is c.q. werkzoekend is en waarbij de

¹) Dit is een platform van zeven categorale patiëntenorganisaties, het NPCF en het CBO gericht op het bevorderen van zelfregie van patiënten met een chronische ziekte.

²) Hetzelfde kan ook het geval zijn als werkzoekenden aangewezen zijn op onbetaalde arbeid en hierin door een ziekte of handicap worden belemmerd.

uiteindelijke gerichtheid op deelname aan betaalde arbeid een gegeven is, omdat men anders geen aanspraak kan maken op re-integratieondersteuning, hetgeen het onderwerp van dit artikel.

Aan de andere kant zullen we betogen dat het bij het streven naar zelfregie mogelijk moet zijn om bij de afweging van belangen, deelname aan betaalde arbeid tijdelijk en/of gedeeltelijk op een tweede plan te stellen. Immers bij de inrichting van het eigen leven binnen het speelveld van gezondheidszorg- en re-integratievoorzieningen kan deelname aan betaalde arbeid als een van de belangrijkste aspecten van het leven, maar niet per se als allerbelangrijkste worden beschouwd.

We gaan eerst in op de randvoorwaarden hiervoor, waarna we in paragraaf 4 en 5 de voorwaarden voor de concrete inrichting van een praktijk van zelfregie en empowerment bespreken.

3. Grenzen aan zelfregie en empowerment bij re-integratie

Bij de randvoorwaarden hebben we met vier aspecten te maken; de regelingen waar de zelfregie en empowerment op betrekking hebben (we noemen dit 'het speelveld'), de organisatie en inrichting van de uitvoering én het opereren van de beide hoofdrolspelers, de cliënt en de uitvoeringsprofessional.

3.1 Het speelveld

Waar de uitvoeringspraktijk gericht is op zelfregie en empowerment is het van belang op voorhand duidelijk te hebben wat het speelveld is waarop het handelen van de cliënt plaats zal vinden. Het speelveld bij re-integratie betreft in eerste instantie dat van werkenden die, als gevolg van een ziekte of handicap voor langere tijd uit (dreigen te) vallen. Het speelveld voor re-integratie is hier vooral een private aangelegenheid, gereguleerd in wetten die de re-integratieverplichtingen van de werkgever en de werknemer regelen³. Het zijn de werknemer en de werkgever die gezamenlijk het speelveld binnen de wettelijke kaders bepalen, waarbij de terugkeer naar het eigen of ander werk centraal staat.

Voor uitkeringsgerechtigden gelden publiekrechtelijke regelingen zoals de WIA en de WWB. Belangrijk bij

deze wetten is dat het principe 'werk boven uitkering' voorop staat, maar dat uitvoerders van de regelingen de nodige beleidsvrijheid hebben om invulling te geven aan de re-integratiepraktijk. Het speelveld voor deze groep cliënten wordt niet alleen bepaald door de re-integratievoorzieningen maar ook door de rechten en plichten die verbonden zijn aan de aanspraak op de uitkering. Het gaat hier bijvoorbeeld om de verplichting om in beginsel alles in het werk te stellen om (gangbaar) werk te verkrijgen en te behouden. Ook hier geldt een zekere beleidsvrijheid van individuele uitvoerders, terwijl een deel van de wettelijke bepalingen uitgewerkt wordt in concreet uitvoeringsbeleid, bijvoorbeeld ten aanzien van sancties.

Al met al is het speelveld van re-integratie, dus ook bij zelfregie, begrensd. Aan de andere kant is er binnen de grenzen de nodige 'speelruimte', die over het algemeen wordt ingevuld door uitvoeringsprofessionals en makers van uitvoeringsbeleid. Bij zelfregie kan dit mogelijk ook door cliënten gebeuren. Daarbij kan een interessante dynamiek ontstaan, sinds we weten dat de speelruimte van uitvoeringsprofessionals, soms tot verdriet van beleidsmakers, groter is dan op het eerste gezicht wordt aangenomen. In zijn gerenommeerde onderzoek betoogt Michael Lipsky (1995) dat uitvoeringsprofessionals, de 'street level bureaucrats', de dienst uit maken in het benutten en bepalen van de beleidsruimte en daarmee een belangrijke rol hebben in het proces van beleidsvorming.

3.2 Uiteenlopende belangen uitvoering-individu

Wanneer we het speelveld bekijken, dan kunnen we ons niet beperken tot de formele wettelijke, grenzen van het handelen van de betrokkenen. Het handelen van de betrokkenen wordt ook bepaald door de organisatie en inrichting van het uitvoeringsproces, waarbij de organisatorische, 'bureaucratische' belangen op gespannen voet kunnen staan met die van de individuele cliënt.

Een voorbeeld. Bij Wim wordt na een periode van kwakkeln MS geconstateerd. De huisarts adviseert Wim om even pas op de plaats te maken, ook ten aanzien van zijn werk. Dit om aan de nieuwe situatie te wennen en een en ander in te passen in zijn dagelijks leven.

³) Zoals de Wet verbetering poortwachter en de Wet uitbreiding loondoorbetalingsverplichting bij ziekte

Gezien de optredende beperkingen wordt besproken om de komende tijd na te gaan welke voorzieningen en aanpassingen voor Wim getroffen moeten worden. Op zijn werk kijkt zijn leidinggevende, samen met de bedrijfsarts heel anders naar de situatie. Zij zien dat Wim minder aan kan en stellen voor dat hij per dag 2 uur minder gaat werken. Hoewel men erg begaan is met het lot van Wim, ziet men niet in waarom Wim niet 'gewoon' zijn werk kan blijven doen.

En zo ontstaat er vreemd genoeg een patstelling, terwijl iedereen vanuit zijn eigen rol doet wat hij behoort te doen. De belangen matchen echter niet goed met elkaar.

De huisarts van Wim treedt op als gezondheidsadviseur, terwijl de werkgever, samen met zijn bedrijfsarts, de rol vervult van poortwachter, in casu van de regeling die de doorbetalingsplicht bij ziekte regelt. Het poortwachterschap is over het algemeen een weinig dynamisch proces. Men stelt op basis van een nieuwe situatie een diagnose, hetgeen veelal, al dan niet met de inzet van voorzieningen, het moment is om over te gaan tot de orde van de dag. Voor Wim is het van belang de komende tijd voortdurend vast te stellen wat kan en niet kan. De adviseur op het terrein van de gezondheid sluit aan bij de gewenste dynamiek, de adviseur op het terrein van werk, de bedrijfsarts, doet dit (in dit geval) niet.

Dit laatste heeft te maken met een tweede spanning

tussen de belangen van de uitvoeringsorganisatie en die van de individuele cliënt; namelijk het feit dat beide adviseurs zich in hun uitvoeringsrol beperken tot één aspect van het leven van Wim. De huisarts kijkt vooral naar de gezondheid van Wim, de bedrijfsarts naar zijn inzetbaarheid. Een breed integraal perspectief is echter in het belang van Wim.

Tenslotte is in het voorbeeld de werkgever als poortwachter vooral gericht op het realiseren van een nieuwe situatie uitgaande van de vraag: wat kan ik van Wim gezien de regeling verlangen (rechtmatigheid en doelmatigheid), de huisarts kiest een opstelling wat is in deze situatie het beste voor Wim z'n gezondheid (hij streeft vanuit zijn professionaliteit naar optimale effectiviteit), terwijl voor Wim maar één vraag aan de orde is: hoe kan ik het best met mijn werk én gezondheid omgaan (doeltreffendheid). Het zijn verschillende perspectieven, die leiden tot verschillende oplossingsstrategieën.

Het voorbeeld van Wim is wellicht gechargeerd maar het geeft wel de problematiek aan waardoor de belangen van de uitvoeringsorganisatie niet altijd matchen met die van de cliënt. In onderstaande tabel is schematisch weergegeven hoe de verschillende belangen onderling kunnen interfereren.

Tabel 1: Spanning tussen belangen van de uitvoeringsorganisatie en cliënt

Belang inrichting poortwachtersrol	Belang inrichting adviseursrol	Belang cliënt
Statisch uitvoeringsproces	Statisch c.q. dynamisch proces	Dynamisch proces
Segmentatie/specialisatie	Segmentatie/specialisatie	Integraliteit
Rechtmatigheid en doelmatigheid (wat mag?)	Effectiviteit (wat kan?)	Doeltreffendheid (wat werkt?)

Waar gestreefd wordt naar meer regie van de cliënt kan de cliënt meer vanuit zijn belang tewerk gaan, waarbij de spanning met de belangen van de uitvoeringsorganisatie zich (meer) zal manifesteren.

3.3 Kracht en competenties van de cliënt

Waar er sprake is van het streven naar zelfregie en empowerment zal een deel van de speelruimte, zoals we in paragraaf 3.1 betoogden, worden ingevuld door de cliënt. De vraag is of dit van 'de' cliënt verwacht mag worden.

Hoewel het past in de huidige tijd verantwoordelijkheid van de individuele cliënt te verlangen is het ook paradoxaal. Immers de roep op meer verantwoordelijkheid is het gevolg van het feit dat cliënten in de afgelopen decennia te weinig verantwoordelijkheid namen. Volgens critici werd het in de traditionele verzorgingsstaat cliënten afgeleerd om voor zichzelf te zorgen (vgl. Illich en Achterhuis, zoals beschreven in Bosselaar, 2005) en wordt de uitvoering gedomineerd door professionals, hetgeen kennelijk nodig is voor een adequate uitvoerings-, i.c. re-integratiepraktijk.

Bij het streven naar zelfregie en empowerment wordt derhalve nadrukkelijk uitgegaan van het belang van de inzet competenties van individuele cliënten in het uitvoeringsproces die voorheen juist als onvoldoende werden verondersteld. Wie streeft naar de inzet van de cliënt zal dus ruimte moeten bieden voor het onderkennen, benutten en ontwikkelen van de mogelijkheden van de cliënt.

Omgekeerd geldt echter ook dat bij het nadrukkelijk betrekken van cliënten bij de inrichting van hun eigen re-integratie, ook verlangd mag worden dat zij zich verantwoordelijk gedragen (vgl. Coenen-Hanegraaf, 2000), bijvoorbeeld bij de afweging van het eigen belang en het (publieke) belang van de regeling. Op deze manier kan vorm worden gegeven aan een actieve rol van de cliënt bij de invulling van het speelveld. Ten aanzien van de betrokkenheid van de cliënt bij zijn eigen re-integratie kan een tweetal kanttekeningen worden geplaatst.

Competentie is niet absoluut

In de eerste plaats betekent het hanteren van het uitgangspunt van een competente cliënt niet dat verondersteld mag worden dat deze in absolute zin competent is of kan worden (vgl. Valkenburg en Coenen, 2002). Er zijn vele situaties denkbaar waar dit niet het geval is en de ontbrekende competentie door derden, bijvoorbeeld uit de directe omgeving of in te schakelen professionals aangevuld dient te worden om de re-integratie tot een goed einde te brengen. Empowerment

zou er in dat geval in gelegen kunnen zijn dat de cliënt in de gelegenheid wordt gesteld derden in te schakelen en over de inschakeling ook de regie te hebben.

Situatie belemmert benutting competenties

De tweede kanttekening is gelegen in het feit dat cliënten mogelijk over voldoende competenties voor zelfregie beschikken, maar voor korte of lange tijd niet in de situatie verkeren om deze te benutten. Wie geconfronteerd wordt met een ziekte of handicap en daardoor niet meer in staat is zijn werk uit te oefenen, is mogelijk niet in staat om aan de slag te gaan met een rationeel proces als re-integratie. Hetzelfde geldt mogelijk voor mensen die door ontslag zonder werk komen te zitten en direct met hun re-integratie aan de slag moeten.

In de onderzoeksliteratuur is hier veel over geschreven. Men spreekt van transitities van levensfases die het 'normale' leven kunnen ontwrichten en om nieuwe keuzes en aanpassingen vragen. Het zijn vaak juist deze periodes waarin cliënten met hun re-integratie aan de slag moeten.

Dit heeft consequenties voor de inrichting van een proces gebaseerd op zelfregie en empowerment. We komen hier in paragraaf 4 op terug.

3.4 Kracht en competenties van professionele uitvoerders en organisaties

Een belangrijke reden voor de roep om de verantwoordelijkheid van cliënten te vergroten is gelegen in de opvatting dat de tussenkomst van professionals onvoldoende effect sorteert. Critici zijn zelfs van mening dat professionals niet zozeer het cliënten- of publieke belang, maar vooral het eigen belang dienen en de uitvoering van sociale regelingen stevig in hun greep hebben en houden (vgl. van Doorn, 1978).

Toch is een uitvoeringspraktijk zonder professionals ondenkbaar, aangezien zij in ieder geval in hun rol als poortwachter worden geacht de toekenningcriteria op de individuele situatie van de cliënt toe te passen. Dat geldt zowel voor de toegang tot regelingen als voor de invulling van bepaalde voorzieningen. Het is echter de vraag of uitvoeringsprofessionals met een veranderende relatie tot de cliënt om kunnen gaan. In de eerste plaats schetsen Van Hal e.a. (2010) het risico dat professionals de omslag naar zelfregie en empowerment te rigide toepassen, met veel

nadelige gevolgen. Daarnaast schetst Schonewille (te verschijnen in 2012) een risico waarbij zelfregie en empowerment vooral wordt ingezet om de cliënt voor het karretje van de uitvoerders te spannen. Er is dan sprake van responsabilisering in plaats van zelfregie en empowerment. We gaan op beide aspecten kort in.

Rigide toepassing zelfregie en empowerment

Onderzoek van Van Hal e.a. (2010) laat zien dat er een groot gat bestaat tussen de huidige 'empowerende' re-integratiepraktijk en een praktijk waarbij daadwerkelijk vanuit de situatie en de kracht van de cliënt wordt gewerkt aan deelname aan de betaalde arbeidsmarkt. Van Hal e.a. (idem) onderzochten hoe de vijf uit de literatuur gedestilleerde aspecten van zelfregie en empowerment (zie paragraaf 2) problematisch worden als deze, zoals in de empowerende re-integratiepraktijk, rigide worden toegepast. Zij komen tot de volgende conclusies ten aanzien van de huidige 'empowerende' re-integratiepraktijk:

- 1) Het accent op *autonomie* kan op gespannen voet komen te staan met de realiteit van de interdependentie van cliënten. Zo schetsten de onderzoekers het voorbeeld van de cliënt die gewend was zijn zaken en problemen samen met zijn partner aan te pakken en hiervoor niet meer de ruimte kreeg in de empowerende re-integratiepraktijk. Waar de partners gewend waren elkaar aan te vullen, stond de cliënt er nu alleen voor.
- 2) In de re-integratiepraktijk is alles gericht op het verkrijgen van betaald werk. Veel cliënten zijn echter niet zomaar in een uitkeringssituatie gekomen. Zij hebben bijvoorbeeld aanzienlijke gezondheidsproblemen. Een eenzijdige gerichtheid op werk, gaat voorbij aan de manier waarop werk ingepast moet worden in het dagelijks leven. Uit het onderzoek komt het voorbeeld van een vrouw die succesvol is gere-integreerd naar betaald werk, maar waardoor haar persoonlijk leven ernstig verschaalt. Het *op voorhand vaststellen van de uitkomst* van een re-integratietraject, zo snel mogelijk aan het werk, biedt weinig of geen ruimte om werk te zoeken dat past bij de persoonlijke situatie van de cliënt.
- 3) Het maken van een plan, waarbij op voorhand het gehele re-integratieproces vast staat, past veelal niet bij de complexe situatie waarin re-

integrerende uitkeringsgerechtigden zich bevinden. Activerende trajecten gaan over het algemeen uit van *een strak, bij aanvang opgesteld re-integratieplan*. Dit kan conflicteren met de situatie waarin de cliënt zich bevindt. Het gaat vaak om meer complexe situaties, die mede de oorzaak zijn van bijvoorbeeld de arbeidsongeschiktheid van de cliënt. Empowerende strategieën zouden ruimte voor onregelmatigheid in het uitvoeringsproces moeten laten, maar dit past niet binnen een traditionele instrumenteel-bureaucratische uitvoeringspraktijk.

- 4) Hetzelfde geldt overigens ook voor de concrete uitvoering van re-integratieplannen. Deze zijn veelal gericht op, wat van Hal e.a. beschrijven als *'alles of niets'*. Dat betekent bijvoorbeeld dat een re-integratie naar full-time werk in de activeringspraktijk de voorkeur krijgt boven één naar parttime werk, die beter bij de situatie van de cliënt past, maar niet leidt tot volledige uitstroom uit de uitkering.
- 5) Tenslotte gaat de traditionele op empowerment gerichte re-integratie sterk uit van de *cognitieve en reflectieve kwaliteiten van de cliënt* (vgl. RWI p.15): de cliënt stelt niet alleen zelf een plan op, maar van hem wordt ook verwacht de voortgang te evalueren en voortdurend hierop te reflecteren. Het gaat voorbij aan het feit dat veel mensen op deze manier niet te werk (kunnen) gaan. Learning by doing is ook een strategie die tot het uiteindelijk beoogde resultaat kan leiden, maar niet aansluit bij de traditionele werkwijze van de goed opgeleide uitvoeringsprofessional.

Al met al zien de onderzoekers dat rigide toepassing van zelfregie en empowerment niet werkt en zelfs een averechts effect kan hebben en duurzame re-integratie eerder tegenwerken dan bevorderen.

Responsabilisering ligt op de loer

Schonewille (te verschijnen 2012) doet onderzoek naar de rol van de professional bij de empowering van cliënten bij re-integratie. De uitvoerende professional zit in een dubbelrol als adviseur en poortwachter. Is bij de traditionele door de uitvoerder gestuurde uitvoeringspraktijk veelal duidelijk vanuit welke rol hij handelt, bij de overdracht van verantwoordelijkheid en bevoegdheid is dat minder het

geval. Schonewille schetst het risico dat de cliënten wel de verantwoordelijkheid overgedragen krijgt, maar op subtiële wijze gestuurd wordt primair te handelen in lijn van het uitvoeringsbeleid. Bijvoorbeeld door een cliënt een eigen budget te geven om zijn re-integratie te regelen, maar het hiertoe ingediende plan alleen goed te keuren als het volledig overeenkomt met het plan dat de uitvoeringsprofessional voor ogen heeft.

Dit is het verschijnsel dat in de literatuur 'responsibiliseren' wordt genoemd. Auteurs uit deze 'school', zo betoogt Schonewille, signaleren dat verantwoordelijkheden die traditioneel tot het domein van de centrale staat en de uitvoerende professionals behoorden, meer en meer worden overgedragen aan actoren buiten de staat (Schonewille citeert Garland, 1996, p.452). Zij stellen dat actoren, zoals uitkeringsgerechtigden, die deze verantwoordelijkheden toebedeeld krijgen, niet vrij zijn hier een eigen invulling aan te geven, maar geacht worden deze op een 'gepaste' manier in te vullen (Garland, 1996, p.452). Een van de criticasters, Clarke, is van mening dat het dan ook verkeerd is 'to mistake this independence for freedom, since autonomy must be exercised responsibly' (Schonewille citeert Clarke, 2005, p.451). De auteurs zien de ontwikkeling dat burgers het onderwerp worden van praktijken van 'governmental constitution' waarbij overheden proberen 'subjects' te creëren 'who understand themselves as responsible and independent agents' (Clarke, 2005, p.452). Responsibiliseren is in hun ogen een experimenteert van de staat met het sturen van het handelen van burgers op afstand (Garland, 1996, p.454). In een re-integratiepraktijk ligt deze invulling van zelfregie en empowerment op de loer, zoals Bosselaar en Prins (2010) vonden in hun onderzoek naar de praktijk met persoonsgebonden re-integratiebudgetten.

4. Naar een praktijk van wederkerigheid?

De roep om meer zelfregie en empowerment past binnen het beleid om cliënten meer verantwoordelijkheid te geven voor de kosten en resultaten van het stelsel van voorzieningen. Daarbij is de verwachting dat een grotere rol van cliënten bijdraagt aan de effectiviteit,

duurzaamheid en tevredenheid van de inzet van voorzieningen. En zo snijdt het mes aan meerdere kanten.

Probleem is dat de omslag naar meer verantwoordelijkheid op verschillende manieren kan uitpakken.

Samengevat zien we drie grote risico's die de omslag naar meer verantwoordelijkheid van de cliënt bij re-integratie kunnen belemmeren:

- 1) Botsende belangen: primaat van betaald werk versus de eigen regie bij de inrichting van het dagelijks leven
- 2) Rigiditeit van de uitvoering: de cliënt wordt geacht geheel passend binnen de uitvoeringscultuur en -werkwijzen te opereren.
- 3) Responsibiliserende uitvoering: zelfregie en empowerment wordt ingezet als middel om te sturen op afstand

Wil er sprake zijn van erkenning, waardering en benutting van de eigen verantwoordelijkheid van cliënten bij re-integratie door ruimte te bieden voor zelfregie dan zal de drie geschetste problemen het hoofd geboden moeten worden. Uit deze problemen zijn de volgende principes voor de inrichting van het uitvoeringsproces af te leiden:

Ad 1 *Integraliteit*, openheid en ruimte gebaseerd op de erkenning van de breedte van het speelveld

Ad 2 *Flexibiliteit* in het uitvoeringsproces, gegeven de uitkomsten van het onderzoek van Van Hal e.a.

Ad 3 *Empowerment*: ondersteuning, bescherming en *disempowerment* van professionals met het oog op het risico van responsabilisering.

De vraag is op welke manier het proces gericht op zelfregie en empowerment ingericht dient te worden waarbij de integraliteit, flexibiliteit en empowerment het best gewaarborgd is. In de re-integratiepraktijk lijkt een voorkeur te bestaan voor het toekennen van veel verantwoordelijkheid en bevoegdheid aan de cliënt (vgl. Koning, 2008 en RWI 2010). Het komt ruwweg neer op de overdracht van de regie over de re-integratie van de professional naar de cliënt; de belangrijkste, resterende taak van de professional is het poortwachterschap. Van Hal e.a. (2010) concluderen dat een dergelijke "rigide" benadering van zelfregie en empowerment niet werkt en zelfs averechtse gevolgen kan hebben. Ook Bosselaar en Prins (2010) zien in hun uitgebreide

studies naar de inrichting van het persoonsgebonden re-integratiebudget een zelfregie praktijk ontstaan, waarbij er geen sprake is van een volledige en strikte overdracht van taken en verantwoordelijkheden van de uitvoerende professional naar de cliënt. Het gaat om een tussenvorm, waarbij de regie- en taakverdeling per cliënt en zijn uitvoeringsprofessional verschillend wordt uitgewerkt. Dit tot tevredenheid bij cliënten als bij uitvoeringsprofessionals.

Een praktijk van gedeelde regie lijkt derhalve het best tegemoet te komen aan de wens om cliënten meer verantwoordelijkheid te geven voor hun re-integratie. Er ontstaat een proces ontstaan waarbij, zoals van Hal e a.(idem) het formuleren “de cliënt in zijn maatschappelijke context het startpunt is”. Een empowerende praktijk start bij het verhaal van de cliënt waarbij op basis van interactie tussen de cliënt en de professional wordt gezocht naar de beste oplossing voor de cliënt, gegeven de activeringsdoelstelling van het beleid.

Daarbij mag, zoals Coenen-Hanegraaf en Valkenburg (2002) betogen, van de cliënt verwacht worden dat hij verantwoordelijkheid neemt voor het beperken van aanspraken op voorzieningen. Aan de andere kant veronderstelt het ook bij uitvoerenden een bredere scope dan alleen het terrein waarop hij de uitvoering verzorgt. Op basis van een gezamenlijke afweging van belangen is het dan ook denkbaar dat een cliënt tijdelijk of gedeeltelijk niet inzetbaar is voor betaalde arbeid, bijvoorbeeld om een zinvolle activiteit op het terrein van de WMO te verrichten of de belastbaarheid op de lange termijn niet te schaden. Zo komt via de interactie, gebaseerd op eigen verantwoordelijkheid van de cliënt, integraliteit en flexibiliteit, het uitvoeringsproces rond re-integratie het best tot zijn recht.

Oftewel; meer cliëntregie bij re-integratie betekent een uitvoeringspraktijk die gericht is op *gedeelde regie* die tot stand zou moeten komen door wat steeds vaker wordt genoemd: een ‘goed gesprek’ (vgl. Bannink en Bosselaar, 2010)⁴, Hierbij zoeken de cliënt en de professional samen naar een optimale uitkomst in termen van enerzijds de inpassing van betaald werk in het dagelijks leven van de cliënt (het belang van de klant) en anderzijds de activeringsdoelstelling die

voortvloeit uit de wet en als het belang of de taak van de professional kan worden bestempeld. Bannink en Bosselaar (idem) zijn van mening dat het leeuwendeel van de cliënten het algemene belang van activering onderschrijft, waardoor gedeelde regie⁵ via het ‘goede gesprek’, een geëigende methode is om per casus een optimale mix van beide belangen te realiseren.

Maar met de gedeelde regie en het goede gesprek zijn we er nog niet. Gegeven het risico van de responsabiliserende uitvoering of het onvoldoende uit de verf komen van de regiemogelijkheden van de cliënt is het van belang de cliënt te ondersteunen in zijn rol. Enerzijds door middel van informatie en zo nodig aanvulling van ontbrekende competenties, anderzijds door het beschermen van de cliënt tegen een te grote, niet gewenste sturing door de professional. Empowerment en dis-empowerment gaan derhalve samen met de gedeelde regie. Over het beleid en de organisatie hiervan gaan we in de volgende paragraaf nader in.

5. Beleid en organisatie-inrichting gericht op empowerment

Het delen van de regie met de cliënt betekent niet dat deze zonder meer zijn verantwoordelijkheid waar kan maken. Uitvoeringsprofessionals zijn opgeleid en geselecteerd om de re-integratie van cliënten te realiseren. Cliënten zijn dit over het algemeen niet, hoewel zij over de nodige (ervarings)deskundigheid kunnen beschikken. Als de regie wordt gedeeld, betekent dit dat cliënten ook in de gelegenheid moeten worden gesteld om hun rol daadwerkelijk waar te maken (vgl. Sen, 1995). Daartoe moeten in de sfeer van de uitvoering de voorwaarden aanwezig zijn om:

- a) Tot een concrete verdeling van de regie te komen tussen gerechtigde en de uitvoerende professional en deze te handhaven.
- b) De cliënt tot een duidelijke rol bij de adequate invulling van de voorziening te laten komen, dat wil zeggen het zodanig toerusten c.q. ondersteunen om een adequate inbreng te hebben bij het aftasten van het speelveld, het maken van plannen voor de invulling van de voorziening,

⁴) VNG spreekt in haar programma voor een nieuwe werkwijze rond de WMO van ‘keukentafelgesprekken’. (integrale netwerken in de Wmo. kantelen doe je samen, VNG 2010)

⁵) De auteurs spreken overigens over een min of meer regieloze uitvoering, in plaats van ‘gedeelde regie’.

rekening houdend met de gezondheid, de mogelijkheden en de thuissituatie van de cliënt alsmede de situatie op de arbeidsmarkt en mogelijk ook bij de realisatie van de concrete uitvoering.

Beide voorwaarden lichten we kort toe:

Ad a) Voorwaarden voor het verdelen van de regie en de handhaving ervan

De eerste voorwaarde voor de herverdeling van de regie en de verschuiving richting (meer) zelfregie betreft het begin van het uitvoeringsproces. Het is de fase waarin het de gerechtigde duidelijk wordt (gemaakt) welke mogelijkheden hij wel en niet heeft om zijn deel in de regie te vervullen. Het gaat enerzijds om algemene informatieverstrekking en anderzijds om het informeren van de gerechtigde en het maken van afspraken in het face to face contact tussen de gerechtigde en de uitvoeringsprofessional. Om de regieverdeling gestand te doen dienen de volgende voorwaarden te worden ingevuld:

- Inbedding in het uitvoeringsproces van een werkwijze voor gedeelde regie waarbij met name de (nieuwe) rol en bevoegdheid van de cliënt aandacht verdienen (protocollering, formalisering, mogelijkheden voor bezwaar ten aanzien van de gang van zaken)
- Competenties van beide actoren voor het invullen van de gedeelde regie, voor de handhaving van de regieverdeling. Waar de competenties ontbreken, dienen deze ontwikkeld of aangevuld te worden om aan deze voorwaarde te voldoen.

Met name de tweede voorwaarde is in een overgangssituatie naar gedeelde verantwoordelijkheid van belang. Het benoemen en verdelen van de regie stelt eisen aan de competenties van de cliënt, die vaak anders dan voorheen wordt geacht zelf mede het voortouw te nemen, en van de professional die vaak gewend is geweest om de regierol namens de cliënt te vervullen. Er kunnen werkwijzen ontwikkeld worden om beide partijen in dit proces te ondersteunen. Daarbij kan gedacht worden aan instructies en opleidingsvormen, of het inschakelen van een onafhankelijke derde die het proces van regieverdeling begeleidt en controleert.

Ad b) Voorwaarden voor een adequate invulling van de regierol: empowerment

Er kan daadwerkelijk sprake zijn van gedeelde regie als de inbreng van de cliënt niet alleen gegarandeerd is, maar als hij ook in de gelegenheid gesteld wordt zijn rol waar te maken. De voorwaarden hiervoor zijn af te leiden uit de voorwaarden die over het algemeen worden gesteld aan professionals voor de uitoefening van het vak en waarvoor ze opgeleid en geselecteerd worden. Daarbij gaat het ons inziens over:

- *kennis* hebben van het specifieke vakgebied waarbinnen de voorziening wordt uitgevoerd;
- *geïnformeerd* te zijn over de actuele omstandigheden binnen het vak- of werkgebied waarbinnen de voorziening wordt uitgevoerd, zoals de actuele re-integratie –en arbeidsmarkt;
- beschikken over de *competenties en vaardigheden* tot het diagnosticeren van een probleem en het opstellen en uitvoeren van een plan teneinde het gesignaleerde probleem op te lossen;
- beschikken over de competenties en in de gelegenheid te zijn om *nieuwe wegen* te ontdekken en te ontwikkelen;
- geïnformeerd zijn en kennis te hebben over het aanbod van relevante producten en diensten en over de markt van aanbieders;
- beschikking hebben over de middelen voor de aanwending van diensten en producten.

We gaan kort ook op deze voorwaarden in.

Dat er sprake moet zijn van kennis en actuele informatie over het speelveld waarbinnen de professional en de cliënt opereren spreekt voor zich. Bij professionals maakt de verwerving ervan deel uit van de opleiding en van bij- en nascholingsprogramma's. Cliënten kunnen zich op uiteenlopende manieren en door middel van verschillende media laten informeren, maar ook via leveranciers, andere gebruikers, deskundigen en anderen. Daarnaast doen zij als gebruiker van voorzieningen kennis en informatie op, oftewel zij worden deskundig. Bij het delen van de regie met de cliënt zal derhalve stil moeten worden gestaan bij de vraag: hoe kan de cliënt optimaal geïnformeerd zijn c.q. kennis opdoen over het speelveld om mede de regie over zijn re-integratie te voeren?

Het adequaat benutten van kennis en vaardigheden voor individuele gerechtigden vraagt om competenties en vaardigheden. Het is een de kern van de rol van professionals. Zij worden geschoold en getraind om met behulp van specifieke methodieken de verschillende aspecten aan elkaar te verbinden om te komen tot een effectieve en doelmatige toepassing van de voorziening. Echter, op dit punt richt zich regelmatig de kritiek op het professionele apparaat. Zo concluderen onderzoekers van Nicis dat de effectiviteit en doelmatigheid van bijvoorbeeld re-integratieprofessionals zo beperkt is dat een geslaagde re-integratie gemiddeld bijna € 70.000 kost (Van Dijk, 2008, p.20). De complexiteit van de individuele problematieken, de informatieachterstand over de individuele situatie van gerechtigden en dergelijke zouden er mede de oorzaak van zijn professionals er niet in slagen tot een snelle en succesvolle oplossing van problemen te komen (vgl. Bosselaar 2005).

Het ligt niet voor de hand de benodigde competenties allemaal bij cliënten te veronderstellen. Waar deze ontbreken zijn er twee mogelijkheden. Cliënten worden ondersteund om zich deze competenties eigen te maken of worden in de gelegenheid gesteld om deze door inschakeling van derden aan te vullen. De in te schakelen derde kan ook de uitvoerende professional zijn. In dat geval betekent het dat de cliënt de regie voert over de ondersteuning die de uitvoerend professional biedt. In het onderzoek naar de praktijk met persoonsgebonden re-integratiebudgetten komen diverse vormen van inschakeling van derden, vaak coachende professionals, voor (Bosselaar en Prins 2010).

De competenties om *nieuwe wegen* te ontdekken en te ontwikkelen is ook eigen aan de professionals die hun discretionaire ruimte benutten, te meer dit veelal binnen organisaties gebeurt, waarbij men samen opereert met collega's. Het is wat Lipsky al in de jaren '80 beschreef in zijn, overigens kritische, analyse van de 'street level bureaucrats' waarin hij stelt dat de beslissingen van de street level bureaucrats "configure agency behavior" (Lipsky, 1980, p.13). Zo ontwikkelen professionals gezamenlijk nieuw beleid, dat los van de mogelijke kritiek op hun rol in het democratisch beleidsvormingsproces, ook gezien moet worden als het proces van ervaringsleren dat onlosmakelijk verbonden is aan het bieden van discretionaire ruimte en een

voorwaarde is voor een responsieve uitvoeringspraktijk. Wanneer cliënten delen in de regie impliceert dit ook de organisatorische invulling om hen, door uitwisseling van kennis en ervaring, van elkaar te laten leren, nieuwe paden te laten bewandelen en uiteindelijk ook nieuw beleid mee te laten maken.

Disempowerment

De verschuiving naar meer cliëntenregie betekent automatisch minder bevoegdheid en minder betrokkenheid bij het invullen ervan van de kant van de uitvoerende professional. Meer regie en hierop gerichte empowerment gaat daarom gepaard met minder regie en disempowerment van de uitvoerende professional. Een en ander kan vastgelegd worden in uitvoeringsregels en -protocollen, om geen misverstanden te laten ontstaan in de afbakening van bevoegdheid en verantwoordelijkheid tussen gerechtigden en uitvoerend professional

In het geval van gedeelde regie of wanneer gerechtigden derden inschakelen om ontbrekende kennis, informatie of competenties aan te vullen liggen complicaties op de loer. Het ligt immers voor de hand dat de uitvoerende professional een deel van wat ontbreekt aan kan vullen. De vraag is of en hoe de uitvoeringsprofessional zijn rol als 'aanvuller' kan scheiden van die van poortwachter en wat de consequenties hiervan zijn voor de beoogde verschuiving van de uitvoering richting (meer) zelfregie door gerechtigden.

6. Conclusie

In dit document, dat als basis dient voor de activiteiten van in het programma 'Op eigen kracht werkt. Ziek en mondig in de zorg' van stichting Welder, zijn we nader ingegaan op de mogelijkheden en voorwaarden voor zelfregie bij re-integratie met name van mensen met gezondheidsproblemen. Het is juist voor deze groep dat het streven naar zelfregie en empowerment tot onduidelijkheid en problemen kan leiden. Dit heeft te maken met de verschillende invullingen die in beide sectoren aan de begrippen wordt gegeven. Waar zelfregie en empowerment in de gezondheidszorg erop gericht is om de cliënt te erkennen en te ondersteunen bij het inrichten van zijn eigen leven, is dit op het terrein van re-integratie niet het geval.

Daar gaat het met name om het accentueren van de verantwoordelijkheid van cliënten om zo snel mogelijk arbeid te aanvaarden.

Vanuit het perspectief van de re-integratiepraktijk lijkt het mogelijk om beide visies op zelfregie samen te brengen. Daarvoor dient het uitvoeringsproces te voldoen aan drie voorwaarden:

- Integraliteit
- Flexibiliteit
- Empowerment

Deze voorwaarden kunnen het best gerealiseerd worden in een wederkerige uitvoeringspraktijk die uitgaat van gedeelde verantwoordelijkheid tussen uitvoerder en

cliënt. We hebben een eerste aanzet gegeven over de vraag hoe deze regieverdeling tot stand kan komen en onder welke voorwaarden er daadwerkelijk sprake kan zijn van gedeelde regie.

Het vraagt het nodige onderzoek om zicht te krijgen of hiermee het inhoudelijke en organisatorische vraagstuk geheel gedekt wordt. Daarnaast zal onderzoek verricht moeten worden of er door te voldoen aan deze voorwaarden daadwerkelijk sprake is van gedeelde regie en of het leidt tot een optimale mix van de inpassing van een ziekte en handicap in het dagelijks leven en de participatie in betaalde of onbetaalde arbeid.

Binnen het programma 'Op eigen kracht werkt. Ziek en mondig in de zorg' is inmiddels op onderdelen met dit onderzoek begonnen.

Literatuur

- Bannink, D. en H. Bosselaar, (2010)
Keuzevrijheid na de keuze, in *Bestuurskunde*, Vol. 19 (2), 41-51.
- Bosselaar, H., (2005)
De vraag als antwoord. Vraagsturing en sociaal beleid: voorwaarden en risico's. Den Haag, Reed Business Information.
- Bosselaar, H en R. Prins, (2010.)
In eigen hand, persoonsgebonden budgetten bij re-integratie, Utrecht, Divosa,
- Coenen-Hanegraaf, M. en B. Valkenburg, (2002)
Arbeidsintegratie op basis van een individuele, vraaggerichte benadering, in: Bosselaar, H., J. van der Wolk, K. Zwart en H. Spies (red), *Vraagsturing, de cliënt aan het roer in de zorg en sociale zekerheid* Utrecht, Uitgeverij Jan van Arkel pp. 87-108
- Clarke, J. 2005, New Labour's citizens: activated, empowered, responsabilized, abandoned?, *Critical Social Policy*, Vol. 25, No. 4, pp. 447-463.
- College voor Zorgverzekeringen, (2010)
Begeleiding bij zelfmanagement chronische ziekten, Amsterdam, CVZ,
- Dijk, J. van, (2008)
Werk is overal, maar niet voor iedereen Aan de slag met een doelmatig arbeidsmarktbeleid, Den Haag Nicis
- Doorn, J.A.A., van, (1978)
De verzorgingsmaatschappij in de praktijk. In: J.A.A. van Doorn en C.J.M. Schuyt, *De stagnerende verzorgingsstaat*, Boom, Meppel, blz.17-46
- Garland D., (1996)
The Limits of the Sovereign State Strategies of crime control in contemporary society, in: *The British Journal of Criminology*, Vol. 36, No. 4, pp.445-471.
- Hal, L.B.E. van, A. Meershoek, F. Nijhuis en K. Horstman, (2011)
The 'Empowered Client' in Vocational Rehabilitation: The Excluding Impact of Inclusive Strategies Health Care Anal DOI 10.1007/s10728-011-0182-z, gepubliceerd 14 juli 2011, Springerlink.com
- Koning, J. de, (2008)
Empowerment facing a complex reality. Handbook for Empowering Strategies in Social services and Vocational Rehabilitation, Utrecht, Equip(ment)
- Lipsky, M., (1980)
Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services, Russel Sage Foundation, New York
- Raad voor Werk en Inkomen, (2010)
Het heft in eigen hand. Sturen op zelfsturing. Handreiking voor re-integratieprofessionals, Den Haag. RWI
- Sen, A., (1995)
Welzijn, vrijheid en maatschappelijke keuze. Opstellen over de politieke economie van het pluralisme, Van Gennip, Amsterdam
- Schonewille, A. (te verschijnen in 2012)
Activated and Autonomous? Hoofdstuk ten behoeve van het boek *Crafting Local Welfare* (werktitel), dat in 2012 verschijnt onder redactie van prof. W. Trommel e.a., Amsterdam VU
- Suylekom, W., N. Donders, J. van der Gulden, (2010)
Sterk naar Werk – Ziek en mondig in de eerste lijn Verslag van een zorgvernieuwingsproject, Nijmegen, UMC Sint Radboud
- Valkenburg, B. en H. Coenen, (2002)
Een aantal overwegingen over de maatschappelijke betekenis van een individuele vraaggerichte benadering, in: Bosselaar, H., J. van der Wolk, K. Zwart en H. Spies (red), *Vraagsturing, de cliënt aan het roer in de zorg en sociale zekerheid* Utrecht, Uitgeverij Jan van Arkel pp. 26-50
- Vereniging Nederlandse gemeenten (2010)
Integrale netwerken in de Wmo. Kantelen doe je samen, Den Haag VNG



Postbus 2758 - 3500 GT Utrecht

Telefoon 0900-4 800 300

E-mail info@weldergroep.nl

Website www.weldergroep.nl

www.wijzermetwelder.nl